

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類	麻薬 者	氏 名	
麻薬業務所	所在地	山梨県	
	名称		
廃棄しようとする麻薬	品 名	数 量	
廃棄の年月日			
廃棄の場所			
廃棄の方法			
廃棄の理由	古くなったため、業務廃止、その他（ ）		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p>氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</p> <p>山梨県知事 殿</p>			
		連絡先電話番号	()